

Name (Nombre) \_\_\_\_\_  
Date of Birth (Fecha de Nacimiento) \_\_\_\_\_  
Time Arrived ( Hora de llegada) \_\_\_\_\_

**\*\*Office Use Only\*\***  
**\*Para el uso de la oficina Solamente\***  
Place Client Label Here

## EVALUACION DE ENTRADA PARA LA CLINICA ETS/VIH DE SAMHD

(Please see the other side for English)

**Para proporcionar el mejor servicio, por favor conteste TODAS las preguntas abajo**

1.) Ha estado aquí anteriormente?  No  Si Si, sí cuando fue la última vez que estuvo aquí? \_\_\_\_\_

2.) Alguien le dijo que viniera hoy?

- No
- Si, para la Clamidia o Gonorrea
- Si, para la Sifilis

• **Si, si entonces por favor díganos quien le pidió que usted viniera:**

Empleado/a de nuestra clínica: Nombre \_\_\_\_\_  
Pareja; Nombre \_\_\_\_\_, Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Otra: \_\_\_\_\_

- Si su pareja le dijo que viniera hoy, marque la infección con la cual ellos están diagnosticados/as:
  - Clamidia
  - Gonorrea
  - Sifillisis
  - VIH or SIDA
  - Tricomoniasis
  - No estoy seguro/a cual infección
  - Otra(por favor explique): \_\_\_\_\_

3.) Tiene síntomas HOY?(si si, por favor cheque todas las cajas que apliquen)

- No
- Dolor al orinar
- Descargue o goteo que es (circule todos lo que apliquen) claro/blanco/amarillo/verde
- Descargue o goteo que es sangriento
- Comezón: Donde? \_\_\_\_\_
- Ronchas/Sarpullido: Donde? \_\_\_\_\_
- Dolor: Donde? \_\_\_\_\_
- Llagas, lesión(es), ampolla(s), verruga(s), topetón(es)
- Otro: \_\_\_\_\_

4.) Esta usted aquí con su pareja?  No  Si

(Numero de clínica de su pareja: \_\_\_\_\_ )

5.) Está embarazada?  No  Si

6.) Evaluación de riesgos

**En los últimos 90 días tenido relaciones sexuales:**

- Con alguien que no conocías?
- Por dinero o drogas?
- Con alguien que se reunión en lina o en internet?
- Con prostitutas (hombre o mujere)?
- O usado drogas como la cocaína crack, cristal meth, otras drogas IV?
- Le han dicho que una de sus parejas tenía sífilis/VIH?

**Solo para hombres**

**En los últimos 90 días:**

Tenido relaciones sexuales con otros hombres?  No  Si

Tenido sexo en lugar público como una casa de baño, librería, estacionamiento?  No  Si

\*Cuando usted haya llenado el formulario por favor espere que su número se llamado. Gracias!



**WELCOME TO THE SAN ANTONIO METRO HEALTH DISTRICT STD/HIV CLINIC**

Bienvenido a la clinica de ETS/VIH del distrito de salud de la zona metropolitana de San Antonio.

Please complete this form and return it to the Registration Clerk.

Por favor llene la forma y regreselo al escritorio de registro.

**Please print letters clearly. Por favor escribir letras de molde.**

<b>Date of Birth</b> (Fecha de nacimiento)		<b>Social Security Number</b> (Numero de Seguro Social)	
<b>First Name</b> (Nombre)	<b>Middle Name</b> (Segundo Nombre)	<b>Last Name</b> (Apellido)	
<b>What other names have you used in the past?</b> (Que otros nombres usted hay utilizado en el pasado?)			
<b>Street Address</b> (Direccion)			<b>Apt #</b> (# Apartamento)
<b>City</b> (Ciudad)		<b>State</b> (Estado)	<b>Zip Code</b> (Codigo Postal)
<b>Telephone #</b> (# Telefono)	<b>Cell Phone</b> (Telefono celular)	<b>Email Address</b> (Correo electronico)	
<b>Your Education</b> (Su Educacion) <b>circle highest grade completed</b> (Encierre en un círculo el grado mas alto completado) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Some College <input type="checkbox"/> Associate's Degree <input type="checkbox"/> College Graduate <input type="checkbox"/> Post Graduate Degree <input type="checkbox"/> In School			
<b>Race</b> (Raza) <input type="checkbox"/> White (Blanco) <input type="checkbox"/> African-American/Black (Afro-Americano) <input type="checkbox"/> Asian (Asiatico) <input type="checkbox"/> Pacific Islander (Isleno Pacifico) <input type="checkbox"/> Native American (Americano Nativo) <input type="checkbox"/> Multiple (Varias) <input type="checkbox"/> Other (Otro)	<b>Ethnicity</b> (Etnicidad) <input type="checkbox"/> Hispanic (Hispano) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic (No-Hispano)		<b>Sex/Gender</b> (Sexo/Genero) <input type="checkbox"/> Male (Hombre) <input type="checkbox"/> Female (Mujer) <input type="checkbox"/> Transgender (trans sexual) (M-F) <input type="checkbox"/> Transgender (trans sexual) (F-M)
<b>Marital Status</b> (Estado civil) <input type="checkbox"/> Single (Soltero) <input type="checkbox"/> Married (Casado) <input type="checkbox"/> Divorced (Divorciado) <input type="checkbox"/> Separated (Separado) <input type="checkbox"/> Widowed (Viudo) <input type="checkbox"/> Partner(Companero)	<b>Primary Language</b> (Idioma Preferida) <input type="checkbox"/> English (Ingles) <input type="checkbox"/> Spanish (Espanol) <input type="checkbox"/> Other (Otra): _____		<b>Do you have health insurance?</b> <input type="checkbox"/> No (No) <input type="checkbox"/> Yes (Si)  <b>If Yes, is your insurance:</b>  <b>Medicaid?</b> <input type="checkbox"/> No (No)  <b>CHIP?</b> <input type="checkbox"/> Yes (Si)
<b>Family Size In Persons</b> (Numero de personas en su hogar):			
<b>Total Monthly Household Income Before Deductions</b> (Total Ingresos Mensuales Antes de Deducciones): <b>AMOUNT(Cantidad):</b> <input type="checkbox"/> <b>Weekly</b> (Por Semana) <input type="checkbox"/> <b>Bi-Weekly</b> (Cada Dos Semanas) <input type="checkbox"/> <b>Monthly</b> (Por Mes)			
<b>Name of Emergency Contact</b> (Nombre de la persona en caso de emergencia)	<b>Emergency Contact Phone #</b> (# de telefono de la persona)	<b>Relationship to you</b> (Relacion a usted)	
<b>Are you Pregnant?</b> (Esta embarazada?) <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Does not apply	<b>When is the last time you were at this clinic?</b> (Cuando Fue la ultima vez que usted estuvo en esta clinica?)		<b>For Official Use Only</b> NTST #:  MIS / Sys #

**SAN ANTONIO METRO DISTRITO DE SALUD**  
 Por favor, complete este formulario y devolverlo a la Receptcionista.

## Paciente Información Financiera

<b>Tamaño de la Familia</b> (número de personas, incluyendo usted mismo) <input type="checkbox"/> 1-Yo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	<b>Para Pagar hoy:</b> <input type="checkbox"/> No-Seguro <input type="checkbox"/> Tengo Seguro
---	--

**No hay Seguros - Para el pago de su bolsillo**  
 SAMHD utiliza la escala de pagos no los pacientes asegurados. Si usted no tiene seguro, su proyecto será un porcentaje cálculo basado en los ingresos de su hogar y el tamaño de la familia. Por favor, complete la siguiente sección para su **pago descuento** de su visita. **Escala Móvil Descuentos no alteran la capacidad del paciente para recibir servicios médicos durante dificultades financieras.**

**Ingresos de la Familia** (Ingresos de cualquiera de las personas que viven con usted, incluidos los adolescentes. Ganar dinero es entrante, incluyendo ayuda del gobierno, los pagos de manutención de menores, etc. )

<b>#1)</b>	<b>Miembro de la familia Nombre Completo</b> _____ <b>Estos Ingresos son de Empleo?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<b>Cantidad de Ingresos</b> <b>\$</b> _____	<b>Período de Ingresos</b> <input type="checkbox"/> Annual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanalmente
	<b>Quien es el Empleador?</b> _____		
<b>#2)</b>	<b>Miembros de la Familia Nombre Completo</b> _____ <b>Estos Ingresos son de Empleo?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<b>Cantidad de Ingresos</b> <b>\$</b> _____	<b>Período de Ingresos</b> <input type="checkbox"/> Annual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanalmente
	<b>Quien es el Empleador?</b> _____		
<b>#3)</b>	<b>Miembro de la Familia Nombre Completo</b> _____ <b>Estos Ingresos son de Empleo?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<b>Income Amount</b> <b>\$</b> _____	<b>Período de Ingresos</b> <input type="checkbox"/> Annual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanalmente
	<b>Quien es el Empleador?</b> _____		
<b>#4)</b>	<b>Miembro de la Familia Nombre Completo</b> _____ <b>Estos Ingresos son de Empleo?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<b>Income Amount</b> <b>\$</b> _____	<b>Período de Ingresos</b> <input type="checkbox"/> Annual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanalmente
	<b>Quien es el Empleador?</b> _____		

**No tengo ingresos de los hogares, y actualmente estoy desempleado** \_\_\_\_\_ **Inicial Aquí**

<b>Información Sobre de Seguro</b>		
<b>Nombre de Compañía de Seguros/Plan de Seguros</b> _____		
<b>Es su Seguro:</b> <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro Privado	<b>Póliza de Seguros #:</b> _____	<b>Copago Cantidad (si es aplicable)</b> <b>\$</b> _____
<b>Fecha Efectiva (Comienzo de Termo)</b> / /	<b>Efectiva a Través (Fin de Termo)</b> / /	<b>Número de Grupo (si es aplicable)</b> _____